



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3334 / 003 / 00000692-0
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	STA CASA DE MISERICORDIA
CPF/CNPJ:	50.320.605/0001-38

Banco:	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0530 / 00013003154-7
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	RR MAIER
CPF/CNPJ:	23.348.130/0001-15
Valor:	R\$ 8.071,10
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	RR MAIER
Histórico:	

Data de débito:	09/01/2023
Data / Hora da operação:	09/01/2023 12:24:51

Código da operação:	00138202
Chave de segurança:	GJSLXUM3RXTNRUE6

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
AIô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NÚMERO DA NOTA

00228

DATA DA EMISSÃO
09-01-2023 09:32:07
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
4C524646A

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 01/2023 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL: R.R. MAIER CIRURGIA ORTOPEDICA - ME
ENDEREÇO: BENEDITO PEDRO DE OLIVEIRA, 294 - PEREQUE
COMPLEMENTO:
CPF/CNPJ: 23.348.130/0001-15
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
TELEFONE: (12) 3896-1784
INSC.MUNICIPAL: 08885
CEP: 11.630-000
E-MAIL: fiscal@contabilfavarao.com.br
SIMPLES NACIONAL: () SIM (x) NÃO
PAÍS: BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
ENDEREÇO: PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO
COMPLEMENTO:
CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
TELEFONE: (12) 3896-5566
INSC.MUNICIPAL: 883
CEP: 11.630-000
E-MAIL: rh@santacasailhabela.org.br
PAÍS: BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

REFERENTE COMP: 12/2022 PERÍODO: 01/12/2022 A 31/12/2022

AMBULATÓRIO CRE (POR PACIENTE) - 86 - R\$ 100,00 - R\$ 8.600,00

TOTAL BRUTO R\$ 8.600,00
IMPOSTOS R\$ 528,90
LÍQUIDO R\$ 8.071,10

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 8.600,00
PIS..... R\$ 55,90	Alíquota DO ISS 2,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 8.600,00
COFINS..... R\$ 258,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Valor de Crédito.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 129,00	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Deduções.....	R\$ 0,00
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 528,90
CSLL..... R\$ 86,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 172,00
	Regime Especial Tributação... Nenhum	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 8.071,10

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 1.156,70 (13,45%), CONFORME LEI 12741/2012 FONTE: IBPT

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.iibr.com.br com a utilização do Código de Verificação.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

R.R. MAIER CIRURGIA ORTOPEDICA - ME

CNPJ: 23.348.130/0001-15

COMP: 12/2022 PERÍODO: 01/12/2022 A 31/12/2022

DR. RONALD MAIER

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
Ambulatório CRE (Por Paciente)	86	R\$ 100,00	R\$ 8.600,00

TOTAL BRUTO R\$ 8.600,00

IMPOSTOS R\$ 528,90

COFINS 3,00% R\$ 258,00

PIS 0,65% R\$ 55,90

CSSL 1,00% R\$ 86,00

IRRF 1,50% R\$ 129,00

LÍQUIDO R\$ 8.071,10